
**KYSTES ET PSEUDO-KYSTES
DU PANCREAS**
(A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le lundi 6 mars 1939

PAR

CHARLES CARRÉ

Né à Annelles (Ardennes), le 21 février 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

*Examineurs
de la Thèse*

MM. RICHE, Professeur, *Président*.
BOUDET, Professeur.
AIMES, Agrégé.
ROUX, Agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, Rue Jardin-Martel, 3

1939

KYSTES ET PSEUDO-KYSTES DU PANCREAS
(A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS)

KYSTES ET PSEUDO-KYSTES DU PANCREAS

(A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le lundi 6 mars 1939

PAR

CHARLES CARRÉ

Né à Annelles (Ardennes), le 21 février 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

*Examineurs
de la Thèse*

MM. RICHE, Professeur, *Président*,

BOUDET, Professeur,

AIMES, Agrégé.

Roux, Agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, Rue Jardin-Martel, 3

1939

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM.
Histologie	J. DELMAS
Physiologie	TURCHINI
Chimie biologique médicale et toxicologie	L. HEDON
Physique médicale	CRISTOL
Anatomie pathologique	PECH
Microbiologie	GRYNFELTI
Pathologie et thérapeutique générales	LISBONNE.
Thérapeutique et matière médicale	PAGES
Hydrologie thérapeutique et climatologie	N...
Hygiène	PUECH
Médecine légale et médecine sociale	CARRIEU
Pathologie médicale et clinique propédeutique	VIDAL J.
Clinique médicale	BOULET
	GIRAUD
	RIMBAUD
Clinique chirurgicale	MASSABUAU ass.
	RICHE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, doyen
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{er} âge	BOUDET
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU
Clinique gynécologique	LAPEYRE
Clinique ophtalmologique	DEJEAN
Clinique d'oto-rhino-laryngologie-maxillo-faciale	TERRACOL
Radiologie	LAMARQUE
Anatomie (Ch. de c.)	LAUX
Histologie (Ch. de c.)	GRANEL

Honorariat

Professeurs honoraires

MM. RODET, TEDENAT, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS.
CABANNES, GALAVIELLE, VIRES, BOSC, VILLARD.

Chargés de cours complémentaires

Histoire Naturelle Médicale	MM.
Pathologie médicale et clinique propédeutique médicale	HARANT, D ^r
Clinique propédeutique médicale	BAUMEL, agr.
Clinique des maladies contagieuses	P. RIMBAUD, agr.
Clinique phthisiologique	JANBON, agr.
Chirurgie expérimentale	VIDAL, prof.
Pathologie externe	GUIBAL, agr.
Médecine opératoire	MOURGUE-MOLINES, agr.
Accouchements	ROUX, agr.
Stomatologie	N...
	FERRIER, Dr.

Agrégés en exercice

MM.	MM.
JANBON	Chirurgie .. AIMES
BAUMEL	MOURGUE-MOLINES
P. RIMBAUD	Bactériologie GUIBAL
BOUCOMONT, ch. d'agr.	Chimie .. ROUX
LAFON, ch. d'agr.	CARRERE
	MONNIER, ch. d'agr.

Examineurs de la thèse

MM. RICHE, prof., président.
BOUDET, professeur.

MM. AIMES, agrégé.
Roux, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*En témoignage d'infinie reconnaissance
pour tout ce qu'ils ont fait pour moi.*

A MON FRERE

A TOUS LES MIENS

C. G.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RICHE

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider notre thèse.*

A NOTRE JURY DE THESE

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE

DE MONTPELLIER

ET DE L'ECOLE DE MEDECINE DE REIMS

KYSTES ET PSEUDO-KYSTES DU PANCRÉAS (A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS)

INTRODUCTION

L'étude des formations kystiques intra-pancréatiques a, depuis longtemps, été l'objet d'études, puisque le travail le plus ancien sur la question, est la thèse de BECOURT en 1830. Malgré cela, il ne faudrait pas croire que le nombre en soit très élevé, et, en 1922, PHILARDEAU, dans une excellente revue générale, déclarait que le nombre total de cas connus ne devait pas excéder 300.

Pour notre part, nous apportons ici une modeste contribution à cette étude, avec deux observations qui présentent des particularités fort intéressantes et ont été bien suivies dans le service de notre Maître, le Professeur V. RICHE.

Par l'expression de « Kystes du Pancréas », on entend généralement toutes les productions kystiques développées aux dépens de cette glande; mais il est convenu par la plupart des auteurs que l'on n'étudie pas le Kyste hydatique, affection très particulière et, d'ailleurs, encore plus exceptionnelle.

Parmi les nombreux travaux qui leur ont été consacrés, nous trouvons des publications d'inégale importance et nous ne pourrions que citer les principales. Avant la fin du siècle dernier, il faut noter les noms de ANGER, LE DENTU (1865), HARTMANN (1891), KORTE (1898-1911). En 1900, au Congrès International de Chirurgie, la question fut à l'ordre du jour

et MAYO ROBSON, CECCHERELLI, BOECKEL, VILLAR firent connaître leurs idées. Ce même VILLAR est l'auteur d'un mémoire fondamental au Congrès français de Chirurgie en 1905, où il pouvait rapporter 171 cas connus. Deux ans plus tard paraît, dans la *Revue de Chirurgie*, une revue générale de HARDOUIN et, plus tard, QUENU présente un rapport à la Société de Chirurgie.

En 1919, cette Société discute surtout les voies d'abord chirurgicales et DELBET, POTHERAT, BAZY se font entendre. BÉRARD cite deux nouveaux cas de pseudo-kystes.

En 1922, paraît, dans la *Gazette des Hôpitaux*, la revue générale déjà citée de PHILARDEAU, très bien documentée. Puis, en 1923, MOCUOT et COSTANTINI s'attachent, dans un travail très fourni, aux liens qui unissent les convulsions pancréatiques et les pseudo-kystes. La thèse d'AILLAUD, à Montpellier, analyse aussi ces rapports. Enfin, parmi les travaux les plus récents, il faut citer l'étude anatomo-pathologique de GRANDCLAUDE, DELANNOY et DRIESSENS, la thèse de ZERBIS et les études très récentes de CLAVELIN, de GÉRARD et VAN DAMME, etc...

Parmi une telle abondance de travaux, on peut trouver toutes les précisions sur un tel chapitre, si bien que nous ne saurions, avec deux observations nouvelles, faire œuvre originale. Toutefois, il n'est pas indifférent d'apporter une contribution modeste à un édifice aussi imposant et d'étudier deux faits cliniques nouveaux parmi lesquels l'un est certes très classique, mais l'autre est destiné à souligner encore de nombreuses inconnues.

Notre travail consistera donc, tout d'abord, à exposer avec toute la minutie clinique à laquelle notre Maître nous a habitués, les deux observations qu'il a bien voulu nous confier. Après quoi nous envisagerons successivement les chapitres de l'étiologie, de la pathogénie, des symptômes,

du diagnostic, en essayant de comparer les faits classiques avec ceux que nous apportons. Enfin, dans l'étude des indications thérapeutiques, nous ne pourrons énoncer qu'un point de vue très fragmentaire, car c'est le même traitement qui a été appliquée aux deux cas, avec des résultats bien différents en rapport avec la différence de gravité des lésions.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS CLINIQUES

D'autres, avant nous, se sont préoccupés de réunir d'importantes statistiques empruntées à la littérature médicale tout entière, et de comparer entre eux de nombreux faits pour en dégager les notions qui sont demeurées classiques.

Notre travail ne vise pas aussi haut, et nous nous bornons à rapporter ici deux observations que M. le Professeur RICHE a bien voulu nous confier, estimant que l'analyse de ces faits cliniques nous guidera bien mieux que des multiples observations étrangères. Nous nous sommes efforcé de donner à ces deux cas le maximum de précisions afin qu'aucun détail ne soit demeuré dans l'ombre.

OBSERVATION I

Y. J..., 41 ans, entre le 23 avril 1932, envoyé par le Service de M. le Professeur RIMBAUD. En avril 1930 et en juillet 1931 il y avait déjà fait un séjour pour crises vésiculaires.

Depuis un mois est apparu *un ictère*, d'emblée très mar-

qué et qui ne s'est pas atténué depuis. Ni douleur, ni fièvre; appétit conservé, mais amaigrissement de 5 kilogs depuis deux mois.

On constate à l'examen un abdomen tendu mais très volumineux. A la palpation, on sent dans la région ombilicale, vers la droite, une tumeur arrondie, rénitente, de la grosseur d'une tête fœtale. Elle est assez nettement délimitable vers le bas, mais son bord inférieur se perd dans la profondeur; son bord supérieur est mal délimité, mais on perçoit une encoche entre lui et le bord inférieur du foie. La pression, au niveau de cette encoche, provoque un gargouillement intestinal. A ce niveau, bande de sonorité interposée entre la matité hépatique et la grosse matité de la tumeur.

A noter que celle-ci est légèrement mobile dans le sens transversal.

La première intervention est pratiquée le 25 avril 1932, sous anesthésie générale à l'éther (V. RICHE). Laparotomie médiane de part et d'autre de l'ombilic, avec une incision transversale à droite. Le ventre ouvert, il s'écoule un peu de liquide d'ascite teinté de jaune. On tombe immédiatement sur la tumeur qui a le volume d'une grosse orange. Elle est arrondie, d'aspect kystique, de coloration bleutée. Elle s'inscrit dans la courbe duodénale notablement agrandie.

On tente alors la dissection du kyste en incisant son revêtement péritonéal, clivant avec précaution vers la base d'implantation. On est ainsi conduit au ras du duodénum dont la musculature est mise à nu. Le kyste prend naissance dans la tête du pancréas et fait corps avec lui. Il serait impossible et dangereux d'en poursuivre la libération.

Ponction du kyste: il s'écoule sous forte tension un liquide jaune d'or, visqueux, sans grumeaux ni particules. Ce li-

quide est recueilli aseptiquement aux fins d'examen. Le dôme du kyste est réséqué et immédiatement fixé. On voit alors une poche sphérique, sans diverticules, avec des parois minces; sa couche interne est rougeâtre, non d'aspect muqueux mais plutôt conjonctif. Dans la partie profonde de la poche on voit sourdre, par un petit orifice, un liquide analogue à celui que contenait le kyste. Il s'agit donc, semble-t-il, d'un canal pancréatique déversant son contenu au dehors.

Marsupialisation de la poche, que l'on badigeonne ensuite à l'alcool avant d'y tasser une mèche. En réintégrant le grêle, on constate la présence d'un diverticule de Meckel que l'on respecte. Le foie et la vésicule sont normaux; mais dans la région sous-hépatique, en dehors et en arrière du cadre colique et du duodénum, il existe une *masse kystique rétro-péritonéale* grosse comme le poing et dont les limites sont difficiles à préciser: hydronéphrose peut-être? Etant donné l'état précaire du malade, on remet sa cure à un deuxième temps.

Dans les *suites opératoires*, on note une amélioration rapide de l'état, et la plaie se ferme. On enlève les mèches pour laisser se combler la cavité. Il persiste cependant une fistule sus-ombilicale médiane, qui donne issue à un liquide clair, limpide, qui ne digère pas les téguments; l'analyse chimique y décèle la présence de sucs pancréatiques. La belladone obtient une diminution de sécrétion, qui reparaît dès que l'on cesse d'en administrer. Le ventre reste dur, avec une circulation collatérale importante.

On pratique, le 4 juillet, un pyélographie (Professeur JANBREAU). Celle-ci ne montre aucune image anormale du côté du rein droit notamment, ni hydronéphrose, ni kyste rénal ou pararénal.

DEUXIÈME INTERVENTION le 22 juillet 1932 sous rachianesthésie à la percaïne (17 cg.). Parfaite.

Incision de Bazy (horizontale sous-chondrale droite). Le péritoine apparaît tendu par de l'ascite. On explore le rein droit qui est normal.

On incise le péritoine. L'angle hépatique du côlon apparaît. Mais au-dessus de lui et lui adhérent, siège une tumeur rénitente régulièrement arrondie ; cette tumeur atteint en haut, la face inférieure du foie sous laquelle elle disparaît. La palpation permet de sentir le bord tranchant du foie, qui repose en avant sur la poche kystique.

La ponction retire 300 cm³ d'un liquide filant, teinté en jaune. Puis le kyste est largement ouvert: ses parois ont environ un demi-centimètre d'épaisseur; la surface interne est recouverte d'un enduit fibrineux. Dans le fond de la cavité, on découvre la paroi qui bombe d'un *nouveau kyste*. Celui-ci est ponctionné, puis ouvert largement et mis en communication avec le précédent. La ponction ramène un liquide analogue, mais l'écouvillonnage montre que ce kyste contient aussi du liquide bilieux.

On cathétérise alors la fistule abdominale antérieure, mais la sonde ne parvient pas dans le kyste. Le toucher à l'intérieur de ce kyste permet de sentir le flanc droit de la colonne vertébrale.

La très vaste cavité résultant de l'ouverture de ces kystes est largement tamponnée, et ses parois sont marsupialisées.

Les *suites opératoires* sont marquées par un abondant écoulement bilieux, et par le déclin progressif du malade qui s'éteint le 1^{er} août.

La *nécropsie* a donné les constatations suivantes (Docteur CABANAC): Section du côlon transverse entre deux ligatures pour mettre au jour toute la zone duodéno-pancréatique. Dépouillement de la grande courbure de l'estomac jus-

qu'au pylore. On a alors sous les yeux une masse tumorale qui occupe toute la zone interduodénale, fistulisée à la peau, et qui représente le kyste marsupialisé à la première intervention. En dehors du duodénum, immédiatement au-dessus de l'angle colique droit, se trouve la poche marsupialisée de la deuxième intervention, poche qui passe au-dessous de la II^e portion du duodénum et occupe toute la région de la tête du pancréas et de la base de l'épiploon gastro-hépatique. On sépare aisément cette poche du côlon en bas, du rein en arrière, et de la veine cave jusqu'au moment où celle-ci pénètre dans le foie.

Après ligature du pylore et de l'angle duodéno-jéjunal, on enlève en bloc la masse tumorale et le foie. La pièce enlevée montre que la vésicule a une forme anormale tubulaire, et que le cholédoque est très dilaté. La dissection du cholédoque dans la tumeur qui l'englobe n'est pas poursuivie, mais il était comprimé, au ras de son abouchement dans le duodénum, par une autre masse kystique sous tension, non ouverte au cours des interventions.

OBSERVATION II

S... Thérèse, âgée de 25 ans, entre d'urgence au Service de M. le Professeur RICHE le 16 septembre 1938 pour syndrome douloureux abdominal, d'allure sévère. Le début des troubles actuels remonte à la veille à 18 heures, par une douleur localisée à l'épigastre. Dès le début, les douleurs s'accompagnent de nausées et de vomissements, et ne se sont pas modifiées dans leur intensité. La dernière selle date d'avant la crise, le matin, et depuis, ni selles ni gaz n'ont

été émis. La température n'a été prise qu'à l'entrée à l'hôpital: elle est de 40°7.

Dans les *antécédents* de la malade, on relève des douleurs gastriques, vaguement espacées en périodes et pouvant faire penser à un syndrome ulcéreux. Jamais, cependant, de manifestations très nettes d'un ulcère. Par ailleurs, après un interrogatoire poussé, la malade signale avoir reçu dans la région épigastrique un *traumatisme violent*, constitué par la projection d'une pierre de savon d'un kilog, au cours d'une dispute. Cela remonte à plus d'un an, et après un évanouissement de quelques instants, aucun trouble n'a plus été éprouvé.

A l'*examen*, on est frappé à l'inspection par une voussure légère dans l'épigastre. Le ventre respire mal et le reste de l'abdomen est plat, non déformé. La palpation superficielle donne une contracture de bois des deux grands droits dans leur portion sus-ombilicale, la partie inférieure étant souple ainsi que le reste du ventre. A la palpation profonde, on perçoit une douleur dans la région épigastrique, débordant un peu dans l'hypochondre et le flanc droits. Matité hépatique conservée ; pas de matité dans les flancs. Au toucher vaginal, on décèle une douleur vive du Douglas.

L'*intervention* est pratiquée immédiatement (Docteur AUSSILLOUX) sous anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane sus-ombilicale. On tombe d'emblée sur un estomac d'apparence saine, mais repoussé en avant par une tumeur. Le petit épiploon est effondré et l'on arrive, sur une tuméfaction régulière, arrondie, lisse, rénitente, non adhérente aux viscères en avant, mais complètement fixée dans la profondeur. On se rend compte qu'elle se prolonge vers la gauche où elle devient piriforme et entre en rapport avec le pôle antéro-inférieur de la rate auquel elle n'adhère pas. On soulève le côlon transverse et l'on voit que la limite in-

férieure répond à peu près à la racine du mésocôlon transverse.

Il s'agit donc d'un Kyste du pancréas.

La ponction exploratrice ramène un liquide séro-hématique, de couleur brunâtre.

Marsupialisation de la poche. Evacuation à l'aspirateur (600 cm³).

Fermeture de la paroi en 3 phases.

Les *suites opératoires* sont marquées par une défervescence thermique progressive, qui aboutit à l'apyrexie en 6 jours. Localement, le drain est laissé jusqu'au 8^e jour, puis il est retiré et remplacé par une petite mèche et, quelques jours après, par un faisceau de crins. Le 23^e jour, ce dernier est retiré et, après un suintement très léger de quelques jours, la cicatrisation finit par s'obtenir. La malade quitte le service après 35 jours d'hospitalisation, dans un état excellent.

L'*examen histologique* d'un fragment de la paroi a été pratiqué; il s'agissait d'une paroi sans caractère histologique bien précis: « Tissu conjonctivo-vasculaire qui est le siège d'infiltrats leucocytaires diffus » (Docteur GUIBERT).

A signaler notamment qu'on ne trouvait aucune trace d'épithélium de revêtement interne.

Nous n'avons pas fait pratiquer l'*analyse chimique* du liquide retiré pour y rechercher les sucs pancréatiques qu'on y aurait très probablement trouvé.

**

A la lecture de ces deux observations, on peut constater qu'elles présentent entre elles quelques points communs, mais surtout des points de dissemblance. Il s'agit, dans les

deux, de formations kystiques développées aux dépens du tissu pancréatique, mais avec des caractères cliniques, anatomiques et évolutifs essentiellement différents. Il semble, à la vérité, qu'il s'agisse, dans la première observation de kystes vrais, et dans la seconde d'un pseudo-kyste. Nous essaierons, en cours d'étude, de discuter chacun de ces points et de voir dans quelle mesure ils peuvent s'intégrer dans le cadre des notions connues sur cette matière et désormais considérées comme classiques. Dans chaque chapitre, nous examinerons successivement les caractères des vrais et des faux kystes du pancréas, en signalant au passage ceux que nos observations nous auront montrés. De sorte que, tous éléments en main, au chapitre du diagnostic, nous pourrons le discuter comme au lit des malades, avec des éléments essentiellements concrets.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude anatomo-pathologique domine toute la question des kystes du pancréas: c'est elle qui établit la grande distinction que l'on doit faire entre les vrais kystes et les faux kystes, distinction qui se retrouve à toutes les étapes de leur étude. Il convient donc de s'y arrêter un peu et de l'examiner avec assez de précision.

I. — LES KYSTES VRAIS sont encore appelés *kystes glandulaires*. Leur étude se limite aux kystes de volume suffisant, et il est convenu habituellement de ne pas examiner dans cette question les tumeurs polykystiques du pancréas dont il existe, cependant, des observations très intéressantes; citons par exemple l'étude de NYGAARD et WALTERS en Amérique, et, en France, la publication de SANTY, MALLET-GUY et CROIZAT en 1936.

Le volume des kystes du pancréas est essentiellement variable. Tous ceux décrits ont un volume assez conséquent, les plus petits étant de la grosseur d'une mandarine. Par contre, les plus gros peuvent atteindre des proportions considérables, comme une tête d'adulte par exemple ou même davantage.

Leur siège est généralement la région de la queue du pan-

créas. La constitution d'une telle masse, dans une région anatomique si riche, ne va pas sans créer des désordres assez importants que nous aurons à examiner plus loin. Mais du point de vue strictement anatomique, plusieurs évolutions ont été décrites, suivant les points où se faisait leur accroissement. Siégeant surtout dans la région de la queue du pancréas, ils repoussent l'estomac en avant et à droite, et font saillie au-dessous et à gauche de la grande courbure qu'ils déforment de façon plus ou moins considérable. Le côlon est repoussé vers en bas et à gauche, tandis que la tumeur sera recouverte du petit épiploon étiré à sa surface.

Ces deux dispositions sont les plus fréquentes et l'on voit que c'est surtout, des viscères voisins, l'estomac qui subit les déplacements les plus importants.

Les kystes vrais sont généralement constitués par une poche unique, non pédiculée, tenant au pancréas par une large base d'implantation. Le péritoine est adhérent à sa surface et il est difficile d'en obtenir le clivage. Extérieurement, la tumeur se présente avec un aspect régulièrement arrondi, lisse, de coloration plus ou moins bleutée. A la palpation, elle donne l'impression nette de rénitence, qui ne trompe pas sur la nature liquide de son contenu, d'autant plus que la paroi est généralement mince. Effectivement, quand on l'incise, elle donne la même impression que certains kystes de l'ovaire, auxquels plusieurs auteurs ont eu l'idée de les comparer. Leur cavité est uni ou multiloculaire, et, dans son intérieur on voit un revêtement régulièrement lisse, sauf, en certains endroits des formations plus ou moins exhubérantes, d'aspect polypeux.

Le contenu de ces kystes est un liquide légèrement visqueux, de coloration très variable, quelquefois brun chocolat, d'autres fois, au contraire, jaunâtre ou citrin. L'analyse chimique y décèle la présence de suc pancréatique recon-

naissable à son action *in vitro*, notamment sur l'albumine (digestion du blanc d'œuf cuit).

L'étude histologique des kystes vrais du pancréas est capitale; c'est elle, en effet, qui fournit le seul élément susceptible de trancher catégoriquement la distinction entre vrais et faux kystes. En effet, le caractère le plus net est que, dans les kystes pancréatiques vrais il existe à la surface interne de la poche, un *revêtement épithélial* continu, dont le type peut d'ailleurs, être variable. C'est là le *caractère fondamental* sans lequel le diagnostic de kyste vrai ne peut être porté.

Plusieurs variétés de kystes vrais existent d'ailleurs, toutes remplissant cette condition *sine qua non*. On distingue :

- des kystes canaliculaires, qui présentent un épithélium de type excréteur. Ce sont les plus fréquents;
- des adénomes kystiques ou cystadénomes. Leur cavité est multiloculaire; leur épithélium est de type sécrétoire;
- les cysto-épithéliomes présentent un aspect histologique de malignité. Ils posent un problème anatomo-pathologique complexe sur lequel nous ne pouvons guère insister dans ce travail essentiellement clinique. En effet, bien qu'étant un véritable cancer par son type histologique, il ne s'identifie pas avec l'épithélioma pancréatique. Sans doute s'agit-il là d'une de ces nombreuses formes de transition, comme on en retrouve dans bien d'autres pages de la pathologie du cancer.

II.— LES PSEUDO-KYSTES DU PANCRÉAS sont plus fréquents que les kystes vrais. De nombreux travaux ont insisté sur les problèmes qu'ils posent, notamment quant à leur origine. Nous aurons l'occasion d'y revenir.

Leur *volume* est souvent beaucoup plus important que celui des kystes vrais. La malade de notre observation II

avait une tumeur grosse comme un melon, et l'opération retira 600 centimètres cubes de liquide. Mais des volumes bien plus importants ont été relevés: tels les cas de AUVRAY, avec 3 litres; de ROSE, avec 4 litres; de SCHWARTZ, avec 7 litres; et surtout le cas déjà ancien de SCHEELE, qui retira 1.200 cm³ à la première ponction, 15 litres à la seconde et 7 litres à l'opération.

Le siège des pseudo-kystes est variable aussi, et l'on est encore resté à la classification établie par LAZARUS et rapportée par MOCQUOT et COSTANTINI :

1° *Forme gastro-hépatique*: la collection se développe entre le foie et l'estomac contre le petit épiploon, disposition qui a été rencontrée nettement dans notre deuxième observation;

2° *Forme rétro-ventriculaire*: l'estomac est partiellement adhérent à gauche. La collection se développe derrière le ventricule gastrique et a tendance à filer vers le foie entre les feuillets épiploïques;

3° *Forme gastro-colique*, où le liquide remplit l'arrière cavité des épiploons, repoussant l'estomac en haut et le colon en bas. C'est la forme la plus fréquente, mais que nous n'avons pas rencontrée;

4° *Forme mésocolique* avec infiltration entre les deux feuillets du mésocôlon transverse ;

5° *Forme prévertébrale* où le liquide s'enkyste, sous le péritoine postérieur intact, contre la colonne vertébrale.

Dans les cas les plus fréquents, il existe une poche unique, et le mécanisme de production explique bien cette particularité. Leur aspect extérieur est aussi régulièrement arrondi que celui des kystes vrais, mais souvent ils ne donnent pas avec autant de netteté qu'eux la sensation liquidienne. C'est que leur paroi, quelquefois assez mince, peut, parfois, avoir plusieurs centimètres d'épaisseur, faisant un

peu penser à ces pachy-vaginalites qui constituent finalement une tumeur solide.

Leur étude histologique les oppose complètement aux kystes vrais. Il s'agit, en effet, d'une paroi de réaction inflammatoire sans aucun caractère propre et dont la face interne n'est tapissée par aucun épithélium ou endothélium. La première étude histologique sérieuse qui en ait été faite est due à SOUBBOTICH, et ses conclusions se superposent exactement à celles que nous a données M. GUIBERT et que nous avons mentionnées. De toute façon, c'est une paroi artificiellement formée par des adhérences pathologiques, et cela permet de comprendre l'impossibilité que l'on rencontre à énucléer ces kystes, en même temps que le danger d'une telle manœuvre.

Le contenu des kystes peut être rouge ou brun et contenir du sang, ou bien être clair. Le plus souvent il est brunâtre et contient des débris qui ne sont autres que des fragments pancréatiques altérés.

Souvent on peut mettre en évidence la présence des trois ferments pancréatiques, mais dans beaucoup d'observations l'un d'entre eux manquait, ou même la totalité.

Comme le remarquent MOCQUOT et COSTANTINI, « il est probable que le suc collecté, entouré de toutes parts par des adhérences, dont une partie est forcément résorbée par les tissus, et qui n'est pas renouvelée par un apport incessant de liquide nouveau, subit de profondes modifications chimiques qui altèrent sa constitution intime et modifient ses propriétés physiologiques ». Aussi KORTE affirmait-il que si la constatation des trois ferments dans le liquide est caractéristique, on ne peut nier l'origine pancréatique lorsqu'il n'est pas possible de mettre en évidence les caractères du suc pancréatique.

Telles sont les deux grandes variétés des kystes du pancréas, avec leurs principaux caractères anatomo-pathologiques. On voit que la principale différence vient de ce que *les uns, vrais kystes, ont une paroi propre et un épithélium de revêtement, les autres, au contraire, sont de simples collections enkystées par des adhérences pathologiques*, et ne forment pas un tout individualisé. On comprend maintenant l'intérêt d'une telle différence, dont nous aurons à faire état lors de la discussion thérapeutique.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

Ici encore, comme au précédent chapitre, se retrouve l'opposition complète des vrais et des faux kystes, qui ne répondent pas du tout aux mêmes causes et aux mêmes mécanismes générateurs.

I. — LES KYSTES VRAIS. — Nulle pathogénie n'a été plus discutée que la leur. De nombreuses théories ont été émises, qu'il serait oiseux de reprendre par le détail, d'autant que l'unanimité est loin d'être faite. Il est cependant utile de connaître les principales, sans pouvoir dire à laquelle il convient de se rattacher :

1° *La théorie de la rétention* est la plus ancienne ; elle est défendue par VIRCHOW. Pour cet auteur, on pourrait assimiler le kyste vrai du pancréas à une grenouillette, et incriminer l'obstruction du canal excréteur qui amènerait à sa suite la dilatation de ce conduit en amont par le liquide sécrété. A la suite des travaux d'HARTMANN, cette théorie avait été complètement abandonnée, comme venant à l'encontre de données expérimentales considérées comme bien établies (ARNOZAN et VAILLARD). Néanmoins, à l'heure actuelle, à la suite des travaux de YAMANE, elle connaît un regain de faveur ; cet auteur admet, en effet, le rôle possible

de l'obstruction canaliculaire, mais il déclare que pour que se constitue le kyste, il faut aussi des phénomènes d'accroissement de la paroi du canal, de deux facteurs étant susceptibles d'associer leur action;

2° *La théorie de l'inflammation* rattache la formation des kystes à la pancréatite chronique. Celle-ci agirait en comprimant les canaux excréteurs et, en même temps, en déterminant une réaction de prolifération de l'épithélium pancréatique: d'où, à la fois, hypersécrétion et stase. Mais, comme le fait remarquer VARANGOT, ce processus serait plutôt responsable des tumeurs polykystiques du pancréas, dont nous avons, tout à l'heure, dit qu'elles ne seraient pas comprises dans notre étude;

3° *La théorie de la néoplasie épithéliale* a été exposée par HARTMANN au Congrès de Chirurgie de 1891, qui les assimilait comme pathogénie aux kystes de l'ovaire. Et l'on aurait ainsi toutes les transitions, depuis l'adénome kystique, jusqu'au kyste végétant. Mais cette constatation n'éclaire pas le problème du départ intime du processus. PONCET et DOR émettent l'hypothèse d'adénomes fœtaux, et CARNOT remarque qu'au début on note presque toujours une prolifération des cellules canaliculaires au niveau de canalicules aberrants: tel un cas récent de LETULLE. Et cette explication est embryologiquement plausible si l'on pense que le pancréas est formé par trois ébauches, dont deux seulement sont définitives. Enfin, on sait la tendance fâcheuse de ces inclusions embryonnaires à réaliser des dégénérescences malignes, et ainsi pourrait s'expliquer la production des cysto-épithéliomes.

II. — LES PSEUDO-KYSTES du pancréas peuvent reconnaître une double origine: traumatique et nécrotique.

1° *Origine traumatique.* — Ce serait, d'après bien des auteurs, la plus fréquente; elle n'est en tout cas contestée

par personne. Généralement, on incrimine des traumatismes importants produits par un corps contondant animé d'une grande force et, au contraire, d'un point d'application réduit dans le creux épigastrique ou les régions latéro-ombilicales. Le coup de pied de cheval est le plus souvent signalé comme répondant le mieux à ces conditions. La violence du traumatisme intéresse le parenchyme pancréatique qui est écrasé sur le rachis comme sur un billot. Plusieurs degrés de lésions peuvent être observés, sans tenir compte des lésions associées, toujours possibles, notamment celles du duodénum. Le canal excréteur n'est que rarement sectionné car il est bien plus résistant, comme l'ont montré les expériences de MOCQUOT et COSTANTINI.

A la suite de ces attritions de la glande, se constitue un épanchement sanguin contenant des sucs pancréatiques, et il va ainsi se former des hématomes enkystés par adhérences des viscères voisins. Exceptionnellement se produisent dans le péritoine, des taches de cytotéatonecrose; le cas peut se rencontrer (BERRY et GIUSEPPI). Mais on sait qu'il faut, pour cela, que les sucs pancréatiques soient activés par la kinase intestinale. Et cela ne peut se produire que s'il existe en même temps une solution de continuité du tractus intestinal.

Ainsi se trouvent formées des masses kystiques, hématiques au début, mais qui, par la suite, peuvent s'éclaircir jusqu'à donner un liquide citrin. On y retrouve des vestiges pancréatiques et, s'il persiste une communication avec la glande, des sucs pancréatiques. Mais nous avons vu que c'était inconstant (KORTE).

Mais ces *traumatismes intenses* ne se retrouvent pas toujours dans l'anamnèse. Est-ce à dire qu'il faille pour cela éliminer la cause traumatique? Ce n'est pas notre pensée, et nous croyons que des chocs moins importants peuvent,

dans des conditions bien particulières, aboutir à un résultat analogue. Une contusion pancréatique sans rupture peut donner un hématome évoluant à bas bruit: notre malade par exemple, dans l'Observation II, avait subi un choc dans le creux épigastrique, mais il n'avait pas été suivi de troubles bien importants. Sans être catégorique quant à l'origine traumatique dans ce cas, nous estimons qu'elle est très possible et mérite discussion.

Enfin signalons que plusieurs auteurs ont signalé les *traumatismes répétés* de la région épigastrique. D'après KORTE, dans un cas de LINDNERS, le malade se servait d'une scie qu'il appuyait sur l'estomac. Celui de GUSSENBAUER reçut plusieurs coups dans la partie supérieure du ventre. STEELE signale chez son malade trois traumatismes successifs: à douze, vingt-cinq et vingt-sept ans.

Il faut enfin noter qu'il s'agit presque toujours de sujets jeunes, et surtout des jeunes gens. Cela s'explique par le fait qu'ils s'exposent particulièrement, et que la souplesse de leur rebord costal permet au traumatisme l'accès assez facile de la région profonde de l'épigastre.

2° *Origine nécrotique.* — Bien que paraissant être les plus nombreux, les pseudo-kystes post-traumatiques ne sont pas les seuls, et nombre de kystes apparaissent en l'absence de tout traumatisme. Longtemps discutée, l'origine nécrotique est actuellement admise. KORTE, QUENT ont, les premiers, mis en évidence que le kyste pouvait répondre à une nécrose partielle de la glande. Ce serait, somme toute, des pancréatites hémorragiques en miniature, n'intéressant qu'une partie du parenchyme glandulaire, et susceptibles de guérir cliniquement en enkystant la zone mortifiée.

On sait comment on peut concevoir de tels phénomènes: c'est une activation anormale du suc pancréatique à l'intérieur de l'organe. Nous avons dit que cette activation ne pouvait se produire qu'en présence de suc dudodéal ou

simplement de bile. S'il se produit un spasme du sphincter d'Oddi, la bile peut affluer dans le canal de Wirsung et provoquer des zones plus ou moins étendues de pancréatite hémorragique avec cytotéatonecrose. BROCC et BINET l'ont démontré par leurs expériences et LECENE, cliniquement, a insisté sur la fréquence des accidents lithiasiques et donc, probablement, de pancréatite chronique chez de tels sujets.

*
**

L'origine non traumatique est donc certainement possible. Et ajoutons que vraisemblablement, quand on se trouve en présence de pseudo-kystes multiples, il faudrait plutôt se rapporter à cette pathogénie qu'au contraire, à rattacher plus facilement aux traumatismes les kystes uniques.

Si, en effet, nous considérons nos deux observations, nous constatons, dans la première, la présence de plusieurs kystes dépourvus d'épithélium de revêtement interne, donc sans doute des pseudo-kystes, développés chez un malade aux antécédents vésiculaires en l'absence de tout traumatisme de l'abdomen supérieur. Apparemment, l'origine nécrotique ne peut ici, faire de doute.

Au contraire, dans la seconde observation, nous avons affaire à une femme jeune, ayant subi un traumatisme non excessif, mais caractérisé, du creux épigastrique. Le kyste était unique et l'intervention assura facilement la guérison : il nous semble que l'on peut, dans ce cas, affirmer l'origine traumatique, avec quelques réserves tenant à la gravité relative du choc éprouvé.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE ET COMPLICATIONS

Les symptômes des kystes du pancréas sont essentiellement cliniques ; néanmoins il est indispensable de faire une place à l'examen radiologique qui rend de grands services dans de difficiles diagnostics de tumeurs épigastriques.

I. — SIGNES CLINIQUES

A la période d'état, qu'il s'agisse d'un vrai ou d'un faux kyste, les signes sont identiques, et nous les envisagerons en un seul bloc. Par contre, la période de début diffère suivant la nature du kyste et suivant le mécanisme de son apparition. Deux paragraphes distincts sont donc indispensables.

1° *Période de début.* Son allure variable permet bien souvent d'orienter le diagnostic car, suivant les cas, elle a des caractères très différents.

A) *Les pseudo-kystes d'origine traumatique* voient leur symptomatologie du début s'identifier avec celle des contusions du pancréas, ainsi que l'ont mis en évidence Mocquot

et COSTANTINI. Après un traumatisme violent, pouvant déterminer une perte de connaissance (Obs. II), le pouls est petit, rapide, hypotendu. Les vomissements sont fréquents, la paroi abdominale contracturée et douloureuse à la palpation. C'est un tableau de shock avec signes de localisation dans la zone du pancréas. Si l'attrition pancréatique est insuffisante pour entraîner la mort du malade, on assiste progressivement au redressement des signes généraux, en même temps que s'installe une sialorrhée persistante d'origine réflexe. Puis survient un intervalle libre pendant lequel la guérison complète paraît obtenue et, après cela, peu à peu, se constitue une tumeur épigastrique qui entraîne des phénomènes de gêne par compression; on se trouve alors à la période d'état. L'intervalle libre peut durer quelques jours ou se prolonger plusieurs semaines, mais il se retrouve toujours.

B) *Les pseudo-kystes d'origine nécrotique* ont un début toujours plus flou, souvent noyé au milieu de crises douloureuses épigastriques, difficiles à caractériser nettement. La pancréatite hémorragique que l'on diagnostique cliniquement est souvent fatale au sujet; au contraire des pancréatites subaiguës qui entraîneront un pseudo-kyste. Ce qui domine le tableau, c'est une douleur épigastrique violente, gênant les mouvements, et la respiration du malade angoissé. L'abdomen est légèrement ballonné; le transit intestinal est interrompu; mais, signe essentiel, *on ne trouve pas de contracture pariétale*; l'absence de fièvre est la règle. Cet état inquiétant, plus ou moins accompagné de collapsus cardio-vasculaire, persiste plusieurs jours, pour s'effacer ensuite progressivement, pendant que va se constituer la tumeur pancréatique.

Mais le début des accidents peut être bien plus traînant, la crise initiale étant moins solennelle, et la tumeur appa-

raissant fort tardivement. Dans certains cas même il est impossible de retrouver les crises douloureuses antécédentes, et c'est l'apparition progressive de la tumeur qui attire l'attention. Enfin, dans d'autres circonstances, ce sont *les complications* qui dénoncent le pseudo-kyste : c'est ainsi que fut découvert celui de nos deux observations ; l'un, le premier, par un ictère par rétention, l'autre par une crise aiguë abdominale avec réaction fébrile très élevée et phénomènes péritonéaux. Ce mode de début par l'apparition de complications n'est pas signalé, dans les ouvrages classiques, pour être fréquent; aussi nous permettons-nous d'attirer l'attention sur ce point, que nous reprendrons avec plus de détails dans l'étude des complications:

C) *Les kystes vrais* débutent, au contraire, insidieusement et leur évolution ne comporte habituellement pas d'accidents brusques. La tumeur n'est perçue que quand elle a acquis un volume suffisant. L'amaigrissement est progressif, mais ce n'est généralement pas lui qui attire l'attention. Le mode de début des kystes vrais s'oppose donc encore à celui des pseudo-kystes, et ce n'est qu'à la période d'état qu'on pourra observer, quelle que soit l'origine, des symptômes comparables.

2° *Période d'état.* — Elle est marquée à la fois par des signes physiques en rapport avec la tumeur constituée, et par des signes de compression à cause des rapports avec les organes voisins. Enfin, il faut mentionner sous ce chef quelques complications susceptibles, elles aussi, d'être le premier signe de ces kystes.

A) *Signes physiques* : ils sont essentiellement constitués par une *voussure* apparaissant à l'épigastre, plus ou moins élevée dans le sens transversal, plus évidente chez les malades amaigris. Bien souvent, si surtout la corpulence du sujet est assez considérable, elle ne peut être mise en évi-

dence que par l'examen sur une table car, dans un lit le décubitus peut n'être pas assez rigoureux.

La *palpation* confirme généralement les données de l'inspection. Il est classique d'insister, en dehors des caractères banaux de rénitence, sur la fixité remarquable de ces tuméfactions, qu'on oppose ainsi aux kystes du mésentère habituellement mobiles. Mais VARANGOT souligne que ce signe peut être erroné, et ne doit pas être considéré comme pathognomonique. Les mouvements respiratoires peuvent mobiliser le kyste, de même les essais de mobilisation latérale. Tous les intermédiaires peuvent donc se rencontrer.

La *percussion* va servir surtout à objectiver l'évolution anatomique du kyste à travers les organes voisins. Elle révélera une zone de matité hydrique, entourée de bandes de sonorité des viscères creux. Dans les formes habituelles on décèle, au-dessus et à droite la sonorité gastrique, au-dessous la sonorité colique: c'est la forme gastro-colique plus haut mentionnée. D'autres fois, et notre Observation n° II se rapportait à cette disposition, la sonorité gastrique est refoulée en bas et à gauche, cependant que la matité du kyste se continue sans limite précise, avec la matité hépatique. Dans les cas où l'on pourrait avoir quelques doutes, l'insufflation gastrique serait susceptible de rendre des services pour l'établissement du diagnostic. Néanmoins on a rarement à recourir à ces suppléments d'exploration.

Ces signes physiques une fois installés ne subissent habituellement pas de variations importantes. Il faut toutefois mentionner certaines observations de kystes présentant des variations subites, ou même disparaissant et reparaisant rapidement. Tels les cas signalés par CHARBONNEL et AUGISTROU, BERARD et CADE. Plus curieuse que celles là et plus démonstrative est l'observation de PARINE, où le kyste apparaît et disparaît 4 fois en un mois. Quand survenait

cette disparition l'auteur pouvait constater des signes d'épanchement intrapéritonéal, sans réaction aucune de la part de la séreuse. Cette évacuation peut être spontanée ou provoquée ; elle peut aussi se faire dans un organe voisin, et nous verrons qu'on a vu là un procédé thérapeutique possible.

B) *Les signes fonctionnels* traduisent, soit l'insuffisance pancréatique, soit les troubles de compression.

a) *Les signes d'insuffisance pancréatique* portent principalement sur la sécrétion externe de cette glande. On sait, en effet, que la sécrétion interne est assurée suffisamment par des fragments assez réduits du pancréas et il est exceptionnel que l'atteinte dont résulte le kyste donne lieu à une insuffisance de la sécrétion endocrine de l'organe.

Encore faut-il préciser que les troubles de la fonction externe sont presque toujours modérés. Le signe le plus net serait *l'amaigrissement* qui est constant mais très progressif, et il résulterait de la *diarrhée* habituelle de ces malades. On ne signale pas des modifications plus importantes et notamment pas de stéarrhée. La glycosurie n'est pas exceptionnelle, mais toujours modérée : elle signe la participation discrète de l'élément endocrine (TOUKAN).

b) *Les troubles de compression* : ils se bornent généralement à des phénomènes très mal caractérisés de dyspepsie. Les malades accusent une sensation de gêne, de plénitude, accentuée surtout après les repas, et les obligeant à desserrer leur corset ou leur ceinture. D'autres fois surviennent des crises paroxystiques rappelant, de façon plus ou moins précise, les crises gastriques du tabès, les poussées ulcéreuses, ou même les coliques hépatiques. Ces crises, dit VARANGOT, ressortissent « de la névralgie cœliaque, la proximité du plexus solaire en est la cause. Elles peuvent être assez

violentes pour résister à la morphine, elles ont pu provoquer des syncopes mortelles ».

C) *Les complications*, assez graves pour être plus que de simples symptômes, méritent un paragraphe à part. Les unes tiennent à la compression, les autres sont en rapport avec des modifications intéressant le kyste, hémorragie ou infection. Plutôt que l'ordre de fréquence, nous suivrons l'ordre que nous imposent nos observations, insistant surtout sur les deux complications que nous avons pu étudier, à savoir : l'ictère et la poussée infectieuse.

a) *L'ictère* passe pour être tout à fait exceptionnel. KORTE ne le trouve que 9 fois sur 121 cas. Les observations déjà anciennes de MIGINIAC, NEWTON, PICQ et JACOBSON, RIEGNER le signalent. La plus récente des publications que nous ayons rencontrée à ce sujet est celle de JUDD et OLSON (1935). Il s'agit toujours, quand il est en cause, d'un ictère chronique par rétention, dû à la compression par la tumeur de la voie biliaire principale. Son apparition peut être progressive, mais généralement il est régulier, et ne subit pas d'à-coups dans son évolution. Une fois constitué, il ne rétrocede qu'après suppression du kyste ; il prend donc tous les caractères d'un ictère total, du type des ictères par cancer de la tête du pancréas. On conçoit donc toutes les difficultés de diagnostic qu'il peut susciter, d'autant que s'ajoutent à lui les signes pancréatiques et l'amaigrissement. Il rétrocede quand l'obstacle est levé par la cure chirurgicale.

Le malade de notre Observation I était porteur de cette complication, et l'on a vu que c'est elle qui avait incité à une intervention chirurgicale. Après marsupialisation du premier kyste l'ictère avait disparu. Mais il est intéressant aussi de remarquer quel rententissement avait eu sa présence sur les voies biliaires, que les constatations nécrop-

siques ont montré dilatées à l'extrême, et intimément enfouies au milieu des néoformations pancréatiques.

A la lumière de cette observation, retenons donc que l'ictère, si rare classiquement, peut se rencontrer dans les cas de kystes du pancréas. En présence d'un ictère chronique par rétention, il faut donc penser à cela et en tirer argument pour conseiller l'opération. En effet, si celle-ci est uniquement palliative, et pour quelques semaines, en présence d'un cancer de la tête du pancréas, elle peut au contraire apporter, en cas de kyste, une guérison définitive à un malade qui ne pouvait logiquement pas l'espérer.

b) *Les poussées inflammatoires* sont aussi rarement signalées dans la littérature de ces affections. VARANGOT, par exemple, n'en faisait pas mention; pas plus, d'ailleurs, que PHILARDEAU. ADLER est le seul qui en fasse état et qui parle de « suppuration ». C'est donc qu'il s'agit d'une complication exceptionnelle : nous l'avons cependant observée d'une façon non douteuse dans l'Observation n° II. On se rappelle que la femme qui en était porteuse présentait tous les signes d'une inflammation aiguë intrapéritonéale, avec hyperthermie à 40° et contracture abdominale évidente. Ces symptômes avaient commencé brusquement et c'est avec le diagnostic de complication intrapéritonéale que son médecin, fort judicieusement, l'avait adressée au Service. A l'intervention, autour du kyste rien ne trahissait une infection. Mais l'ouverture de celui-ci permit de retirer un liquide louche dans lequel le laboratoire put affirmer la *présence de pus*. D'ailleurs, à la suite du drainage établi, le premier signe qui rétrocéda fut la fièvre, qui tomba en l'espace de 3 jours à des chiffres presque normaux. Enfin, dernier argument, l'examen histologique fut formel quand à *l'aspect inflammatoire* des tuniques du kyste.

Tous les arguments se rencontrent donc, aspect clinique,

examen cytologique, biopsie, pour affirmer la complication inflammatoire dans l'atmosphère confinée du kyste et, malgré son caractère exceptionnel, nous n'hésitons pas à soutenir ce diagnostic. Nous croyons par contre pouvoir écarter celui de poussée nouvelle de pancréatite subaiguë, contre lequel viennent s'inscrire en faux la fièvre, la contracture abdominale et surtout la présence de pus dans le kyste.

Il faut donc retenir surtout de cette observation, la possibilité de poussées inflammatoires intrakystiques qui, à notre connaissance, n'a pas été mentionnée encore dans la littérature.

D) *Les autres complications* classiques, bien que rares, nous retiendront moins longtemps, car nous avons manifesté notre intention d'en rester surtout aux faits que nous avons pu observer.

L'évacuation du kyste dans un organe voisin, estomac ou duodénum, avons-nous dit, constitue à peine une complication. On en a même fait une méthode thérapeutique et Sosa en rapporte un cas guéri spontanément par une semblable mécanique.

L'ascite est consécutive à la rupture intrapéritonéale du kyste; comme l'a observé PARINE, elle survient en l'absence de toute réaction inflammatoire. A ce propos, faisons une réserve venant de notre observation personnelle : de tels kystes enflammés, en se rompant dans la grande séreuse, pourraient entraîner l'ensemencement péritonéal et réaliser une péritonite. Le cas n'a jamais été signalé. Mais il est permis de se demander ce qui se serait produit si, dans notre cas, l'intervention n'avait pas été faite précocement : la formation du kyste ou sa rupture auraient peut-être hâté les événements. On ne peut évidemment pas l'affirmer puisque de tels faits n'ont pas été remarqués. Mais nous croyons de-

voir attirer l'attention sur leur possibilité et, surtout, sur leurs dangers.

Quant aux *hémorragies intrakystiques*, elles seraient la plus fréquente des complications. Et cela se conçoit facilement dans le cas des pseudo-kystes, dont la paroi d'emprunt est faite d'adhérences de voisinage, avec des vaisseaux très friables et quelquefois d'un calibre assez important. Elles se traduisent cliniquement par une poussée douloureuse et aboutissent à une augmentation de volume du kyste, qui peut ainsi progresser par paliers successifs.

Mentionnons enfin l'*occlusion intestinale* à caractère aigu avec phénomènes douloureux, vomissements, arrêt des matières et des gaz. C'est une complication exceptionnelle dont FANKAU, ainsi que CHOLMELEY ont rapporté des exemples.

II. — SIGNES RADIOLOGIQUES

Tard venus dans la symptomatologie pancréatique, les Rayons X ont apporté ici encore l'appui de leur précieux concours. Néanmoins les indications qu'ils donnent sont seulement des indications d'emprunt, relatives aux déformations imprimées par le kyste aux organes voisins. Parmi les auteurs qui s'en sont surtout occupé signalons surtout GUTMANN et JANIEL en 1932, qui ont insisté principalement sur les signes duodénaux; et, plus récemment, ASTIER et VERNET (1935) et surtout BORAK (1937).

1° *Les signes gastriques*. — Si le kyste est développé, comme c'était le cas de notre observation II, entre le foie et la petite courbure de l'estomac, on peut constater au niveau de celle-ci soit une encoche, soit une image lacunaire pouvant prêter à confusion. Habituellement cependant, l'indication vient surtout du refoulement en masse de l'estomac,

qui incline à envisager une tumeur extragastrique. Les plis de la muqueuse peuvent, en tout cas, donner sur ce point des précisions très intéressantes.

Si la région pylorique est comprimée, nous avons vu qu'il peut survenir de la gêne au fonctionnement de ce sphincter. Il faut alors multiplier les examens et prendre des clichés sous des incidences diverses, dans des positions variées. L'examen en position oblique antérieure pourra, notamment, être très précieux en mettant en évidence un refoulement de l'estomac en avant.

2° *Les signes duodénaux* sont souvent les plus démonstratifs et, GUTMANN surtout, a insisté sur ce point. Le signe le plus caractéristique est l'élargissement du cadre duodénal, pathognomonique des altérations du pancréas, qui est le seul organe qui s'inscrit en totalité dans sa boucle. En dehors de ce signe capital, GUTMANN mentionne aussi l'étiement du bulbe et son « aspect vidé permanent ». Enfin le repas baryté peut mettre en évidence une gêne au transit duodénal en rapport avec la compression causée à son niveau par le kyste.

3° *Les signes coliques* sont bien moins précis à cause de la mobilité habituelle du côlon et des variations individuelles considérables que présente sa situation. Les indications les plus intéressantes viennent de la gêne apportée au transit, qui peut être dévié, rétréci, mais, surtout, il peut y avoir un manque de réplétion persistant sur une plus ou moins grande partie du trajet colique, à l'endroit où celui-ci est étiré sur la convexité de la tumeur pancréatique.

Ce sont donc, non pas des signes certains, mais *des signes de présomption*, que peut apporter la radiographie. Mais elle est cependant très précieuse, surtout par l'*élargissement du cadre duodénal*, car elle dirige nettement les recherches vers le pancréas ; aux ressources de l'examen clinique de serrer au plus près le diagnostic.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

L'identification exacte des kystes du pancréas soulève souvent des difficultés nombreuses, et pour poser le diagnostic on doit s'entourer de toutes les précautions cliniques et radiologiques.

Deux problèmes successifs se posent : tout d'abord s'agit-il d'une tumeur pancréatique ? et ensuite, quelle est la nature de la tumeur ?

I. — EST-CE UNE TUMEUR PANCREATIQUE ?

1° *Quand le kyste est caractérisé*, que son développement a atteint un degré suffisant, la solution du problème ne se fait généralement pas attendre. Une tumeur d'origine pancréatique, en effet, se caractérise plus volontiers par son siège médian, sa matité voisinant avec des bandes de tympanisme gastrique et colique, sa fixité relative, sa consistance dure ou plutôt rénitente. Bien que chacun de ces signes isolément considérés ne soient pas pathognomoniques.

ainsi que nous l'avons dit, leur groupement prend une allure souvent typique.

Cependant des tumeurs du voisinage peuvent parfois prêter à confusion.

Les *kystes rénaux* ou *pararénaux*, les *hydronéphroses* peuvent notamment soulever le problème dans les cas où le développement tumoral paraît intéresser les fosses lombaires. Le malade de notre première observation, après avoir subi une première opération avait, on s'en souvient, fait envisager sérieusement ce problème. Les ressources cliniques doivent alors se doubler des précisions radiologiques de spécialité, et dans le service de M. le Professeur JEANBRAU, il fut pratiqué une pyélographie qui démontra l'absence de toute lésion du côté urinaire.

Les *kystes du mésentère* doivent être envisagés, bien que leur mobilité caractéristique soit le plus souvent capable de faire penser à eux.

Les *kystes hydatiques du foie* dans certains cas sont à considérer : ici l'anamnèse qui révèle constamment la notion d'un chien familier dans l'entourage du malade, et les réactions biologiques de Weinberg, et celles de Casoni, les poussées urticariennes, peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

Une *grosse vésicule distendue* peut aussi se rencontrer, mais elle a généralement l'aspect et la consistance d'un kyste. Notons, cependant une éventualité récemment publiée par M. RIMBAUD et ses collaborateurs à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris : au cours d'une mélitococcie la malade présenta une énorme vésicule rénitente qui ressemblait « à une balle de tennis ». Opérée d'urgence dans le service de M. le Professeur RICHE (cholécystectomie), cette malade guérit d'ailleurs fort simplement.

Les *kystes de l'ovaire*, enfin, sont à considérer. Et HART-

MANN conseille d'examiner en position de Trendelenburg toutes les patientes porteuses d'une tumeur abdominale d'apparence kystique. Dans cette position, seuls les kystes de l'ovaire ne remontent pas vers le haut du ventre et s'offrent facilement à la palpation et au toucher bimanuel.

2° *Mais le kyste peut révéler seulement sa présence par une complication*, de celles signalées plus haut. Ici le problème se présentera comme bien plus difficile, et dans bien des cas, seule la laparotomie exploratrice pourra donner le bon diagnostic.

A) *Une dyspepsie* par compression gastrique ou duodénale avec vomissements pourra être considérée comme un cancer gastrique par exemple. L'examen radiologique joue ici un rôle capital et mettra deux points en évidence :

- que la néoformation est non pas gastrique mais extra-gastrique ;

- qu'elle s'inscrit dans le cadre duodénal qu'elle tend à élargir de façon plus ou moins considérable.

B) *une diarrhée* persistante doit aussi, quand rien ne l'explique, faire penser au pancréas. C'est rarement elle qui constitue l'indice révélateur. Il faut, pour qu'elle prenne une réelle signification, qu'il s'y associe de l'*amaigrissement*, une *glycosurie* légère, et même un peu de *stéarrhée*.

C) *un ictère chronique par rétention* fait, quand il apparaît, penser surtout à un cancer de la tête du pancréas ou de l'ampoule de Vater, voire au calcul du cholédoque dans les cas atypiques. Nous avons constaté qu'il peut être le premier signe d'un kyste du pancréas, ainsi que l'ont signalé quelques rares auteurs. L'examen radiologique du transit duodénal est le seul élément qui permette une supposition valable, bien que le cancer de la tête du pancréas soit capable lui aussi de le réaliser. La solution reste alors forcément à la laparotomie, au moins exploratrice, qui s'impose.

D) *Un épisode inflammatoire* enfin, peut trahir la présence d'un kyste pancréatique (Obs. II). Nous avons déjà insisté sur le caractère exceptionnel de la chose, mais il faut tout de même l'envisager dans la discussion du diagnostic.

II. — EST-CE UN KYSTE, ET QUELLE EST SA VARIÉTÉ ?

Quand on est certain que le pancréas est en cause, le problème est près d'être résolu.

1° Il est, en effet, relativement facile de penser au kyste, car peu de lésions pancréatiques peuvent le simuler :

— le *cancer* pourrait à la rigueur se manifester par une tumeur comme premier signe. Cependant, en règle générale, quand il arrive à un développement suffisant pour que la tumeur soit perceptible, c'est que déjà son évolution est très avancée, et d'autres symptômes le trahissent : soit l'ictère dans les cancers de la tête, soit les crises douloureuses intenses dans les localisations du corps et de la queue. De toutes façons, à ce stade, l'amaigrissement est considérable, voisin de la cachexie;

— la *pancréatite chronique*, qui donnerait des troubles dyspeptiques analogues, ne fait jamais de tumeur assez grosse pour être prise pour un kyste;

— l'*hématome de l'arrière cavité des épiploons* n'est pas à éliminer puisque, au dire de la plupart des auteurs, il constitue seulement une variété de pseudo-kystes;

— le *kyste hydatique pancréatique* enfin, bien plus rare que les kystes banaux est, en cas de tumeur perceptible, décelé par les signes habituels de l'échinococcose que nous avons déjà mentionnés.

Le diagnostic différentiel des autres lésions pancréatiques se présente donc sous un aspect plutôt aisé.

2° Mais quand il s'agit de dire s'il s'agit d'un kyste vrai ou d'un faux kyste, les éléments de différenciation sont très trompeurs, et dans quelques cas, même pièces en mains, on ne peut être affirmatif.

L'exemple fourni par notre première observation est typique et illustrera bien ces difficultés.

D'une part, en effet, nous y trouvons plusieurs éléments susceptibles de faire penser à un kyste vrai :

- l'aspect multiloculaire, avec indépendance des différentes poches. Ce fait était frappant puisqu'en cours d'intervention, un kyste étant ouvert, on voyait bomber la poche tendue et régulière d'un autre kyste;

- la régularité du revêtement interne des cavités ;

- la persistance de la fistule provoquée par la première marsupialisation.

Par contre, l'examen histologique du Docteur GUIBERT a été formel pour affirmer, dans la paroi du kyste, l'absence complète de revêtement épithélial : de ce point de vue, donc, il s'agissait manifestement d'un pseudo-kyste.

Ainsi donc, l'abdomen ouvert, le doute était permis et la tactique opératoire pouvait se discuter. Nous verrons qu'elle diffère théoriquement, suivant que l'on a à traiter un kyste vrai ou un pseudo-kyste : mais dès à présent retenons que dans la pratique *ce problème peut être impossible à résoudre extemporanément*. Le chirurgien doit alors pencher pour la solution susceptible de rendre le maximum de services à son malade avec le minimum de risques. C'est ce qui a été fait dans l'observation que nous relatons.

Les événements décisifs viendront surtout d'une exploration prudente par le chirurgien : il essayera d'amorcer le clivage et, s'il rencontre des obstacles, n'insistera pas, de façon à éviter des désastres irréparables.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Il ne peut être que chirurgical, hormis les cas exceptionnels que l'on a pu signaler par guérison spontanée. Dans tous les autres cas, en l'absence même de complications, l'indication chirurgicale se pose pour favoriser l'évolution ultérieure et surtout empêcher des accidents sérieux.

N'ayant personnellement pu juger des mérites que d'une seule méthode, la marsupialisation, c'est par elle que nous commencerons.

I. LA MARSUPIALISATION consiste à suturer au péritoine pariétal antérieur les rebords de la tumeur kystique, et à drainer celle-ci au dehors au moyen de drains ou de mèches. Elle constitue le traitement de choix des faux kystes qui n'ont pas de paroi propre et que l'on ne peut, par conséquent, pas essayer de disséquer pour les extirper. Dans les cas de faux kystes les résultats sont très bons et il est exceptionnel de noter la persistance des fistules. Il faut surtout, comme principale précaution, éviter de toucher au fond de la poche kystique pour éviter le risque redoutable d'hémorragies en nappe.

Quand il s'agit de faux kystes post-traumatiques, l'intervention peut en rester là. Au contraire, si le kyste est d'origine nécrotique, il est indispensable d'explorer les voies bi-

liaires pour s'assurer de l'absence ou de la présence de lithiase.

La principale complication à craindre dans un tel procédé est la *fistule pancréatique*. Elle est quasi de règle dans les marsupialisations pour kystes vrais, et c'est à cause de cela que, pour eux, ce procédé n'est qu'un pis aller.

Dans les cas de pseudo-kystes, l'écoulement se tarit en un temps variable, qui peut être de quelques semaines. Dans notre cas il dura un mois au maximum et guérit sans laisser de traces. S'il tend à persister, on peut préconiser des moyens médicaux adjuvants ; ce sont :

— la *belladone* ou l'*atropine*, qui tend à réduire les sécrétions ;

— le *régime antidiabétique* surtout, ou régime de WOLGEMUTH : suppression des hydrocarbures en même temps que l'on donne des alcalins à haute dose. Dans bien des cas ce régime a pu donner toutes satisfactions ;

— enfin l'*injection de liquides atrophiants* ; il ne faut surtout pas songer à injecter dans la fistule des liquides irritants (chlorure de Zn, teinture d'iode) qui risqueraient de provoquer une pancréatite hémorragique. Il faut, suivant les propositions de Pierre ELBET, réalisées par MICHON le premier, pratiquer des injections de corps gras, et notamment d'huile et de beurre fondu. Ce traitement aurait, dans quelques cas, hâté la fin de l'écoulement.

Mais le traitement médical échoue parfois, et seul reste le recours chirurgical, peu enthousiasmant dans de telles éventualités. Aussi, suivant le conseil de VILLAR, « il ne faut pas se presser d'intervenir », et on a parfois l'agréable surprise de voir enfin se fermer le trajet.

La marsupialisation est donc une bonne méthode, d'application simple ; mais il faut reconnaître qu'elle est insuffi-

sante dans les kystes vrais et, pour eux, d'autres procédés doivent être envisagés.

II. L'EXTIRPATION est la méthode la plus satisfaisante pour l'esprit. Mais on sait qu'elle est formellement contre-indiquée et impossible dans les pseudo-kystes. Elle est plus facile à réaliser au niveau de la queue du pancréas, généralement plus mobilisable, ce qui peut permettre une résection partielle du parenchyme. L'emploi du bistouri électrique peut constituer, dans de tels cas, un appoint précieux sur lequel a insisté OKINCZIC.

Un exemple intéressant est donné par de FRANCISCO qui traita ainsi, par résection du pancréas, un double kyste de la queue.

Une telle intervention comporte des risques opératoires bien plus sérieux que la première : hémorragies incoercibles parfois, suppuration, nécrose pancréatique. Aussi, malgré son aspect plus séduisant, nombreux sont encore les chirurgiens qui reculent devant cette solution et préfèrent, malgré ses inconvénients, la marsupialisation, infiniment moins périlleuse.

III. LES ANASTOMOSES KYSTO-VISCERALES ne sont pas une méthode tout à fait récente. Mais on lui avait beaucoup reproché les risques d'infection secondaire de la poche.

Néanmoins elle avait été essayée avec de bons résultats pour des fistules inguérissables, et depuis quelques années plusieurs l'ont mise en œuvre.

JEDLIKA fut le premier et donna son nom au procédé (1921) et depuis il a été réalisé une douzaine de fois, dans des organes différents : l'estomac (JEDLIKA, VECCHÉ), le duodenum (KERSCHNER), la vésicule biliaire (KEHR). D'après les résultats obtenus, il semble que les dangers redoutés sont moins importants qu'on ne le craindrait, et d'autre par l'anastomose gastrique paraît donner le maximum de sa-

tisfaction. Aussi « le drainage interne des kystes du pancréas constitue donc une méthode thérapeutique utilisable, ne faisant courir au malade que peu de risques, et lui assurant une guérison définitive beaucoup plus rapide que la marsupialisation » (POLAK).

*
**

Telles sont les méthodes thérapeutiques des kystes du pancréas, et les résultats que l'on peut en attendre. Il ressort surtout de cette étude :

1° que les pseudo-kystes doivent être traités par la marsupialisation, capable de donner des résultats très satisfaisants, dont nous avons été heureux de rapporter un exemple.

2° que les kystes vrais devraient être extirpés ou, à défaut, drainés sur un organe voisin. La marsupialisation, procédé de nécessité, n'est pas, dans ces cas, une solution satisfaisante, et il faut s'efforcer de trouver un procédé meilleur.

Mais nous avons vu que dans tous les cas il n'était pas possible de faire cette différence fondamentale : la décision est alors au seul chirurgien, qui se déterminera d'après son sens clinique au mieux des intérêts du malade.

CONCLUSIONS

1° L'étude des kystes du pancréas, à l'exception des tumeurs polykystiques et de l'échinococcose, est dominée par la distinction fondamentale en :

— Kystes vrais, munis d'une paroi propre tapissée d'un revêtement épithélial, et

- Pseudo-Kystes, limités par une paroi d'emprunt dépourvu d'épithélium.

2° Les kystes vrais, moins fréquents que les pseudo-kystes, ont une pathogénie discutée : rétention, inflammation, néoplasie, toutes les hypothèses ont été envisagées.

Les pseudo-kystes sont le plus souvent consécutifs à un traumatisme sévère du pancréas, mais ils peuvent aussi reconnaître une origine nécrotique, à la suite de crises abortives de pancréatite hémorragique.

3° Les signes du début diffèrent suivant les catégories : le début d'un pseudo-kyste se confond avec les effets de la contusion pancréatique, ou coïncide avec une crise de pancréatite. Les kystes vrais ont, au contraire, un début essentiellement insidieux.

4° A la période d'état, tous les kystes ont les mêmes signes en rapport avec l'existence de la tumeur : troubles de compression surtout.

5° Les complications que nous avons observées, l'ictère et la poussée inflammatoire aiguë, sont classiquement considérées comme exceptionnelles.

Il faut signaler aussi : l'évacuation du kyste dans le péritoine ou dans un viscère voisin, les hémorragies intrakystiques, l'occlusion intestinale.

6° La radiologie peut apporter un appoint précieux, en montrant, principalement, un élargissement du cadre duodénal.

7° Le diagnostic différentiel est souvent délicat. Mais il est surtout difficile d'affirmer si l'on est en présence d'un kyste vrai ou d'un faux kyste. Notre observation I illustre la réalité de ce problème.

8° Le traitement peut se concevoir de plusieurs façons : marsupialisation de la poche, extirpation, ou drainage interne par anastomose kysto-viscérale.

Chacun de ces procédés a ses indications respectives, mais il faut signaler que le premier est le plus employé, car il fait courir au malade infiniment moins de risques opératoires et donne souvent de très bons résultats.

BIBLIOGRAPHIE

- AILLAUD. — Contribution à l'étude des contusions isolées du pancréas. *Th. Montpellier* 1929-30, n° 57.
- ASTIER et VERNET. — Image radiologique d'un pseudo-kyste hémattique du pancréas. *Bull. et Mém. de la Soc. de Radiol. Méd. de France*, avril 1935, t. xxv, p. 315.
- BALLIN et SALZTEIN. — Kyste du pancréas après cholécystectomie. *The Journal of the American Med. Association* 1921, vol. LXXVI, n° 22, p. 1484.
- BÉRARD et CADE. — Sur un point intéressant de la séméiologie du pseudo-kyste du pancréas: les grosses variations de volume de la tumeur. *Journal de Méd. de Lyon*, t. ix, 20 août 1928, p. 459.
- BORAK. — Le radiodiagnostic des tumeurs du pancréas. *Wien. Klin. Woch.* 15 oct. 1937, T. L. N° 41, p. 1428.
- BROCQ et MIGINIAC. — Chirurgie du pancréas. 1 vol, chez Masson, édit., Paris 1934.
- CADE (A.), RAVAUULT et CADE (R.). — Syndrômes pancréatiques chroniques. Rapport du xxiii^e Congrès Français de Médecine (Québec 1934). Masson, édit., Paris 1934.
- CARSLAW. — Pancréatite aiguë suivie du développement d'un kyste pancréatique. *The Cancer* 1921, vol., cc, p. 130.
- CHEVALIER. — Les kystes glandulaires du pancréas. *Th. Paris* 1923.
- CLAVELIN. — Faux-kyste du pancréas. *Progrès Médical*, 27 avril 1935, p. 690.
- CHOLMELEY. — Deux cas de kystes pancréatiques. *The Cancer*, t. CLXXXIV, 22 fév. 1912, p. 518.
- FANKAU. — Deux cas de kystes pancréatiques avec symptômes aigus. *The Cancer*, t. CLXXXIV, 22 fév. 1912, p. 519.
- FRANCISCO (de). — Un cas de double kyste du pancréas. Extirpation totale des deux kystes par résection du pancréas, guérison. *La Reforma Médica*, t. xxviii, n° 8, 20 févr. 1912, p. 206.

- GRANDCLAUDE, DELANNOY et DRIESSENS. — Les kystes du pancréas. *Annales d'Anat. path.*, t. XI, n° 5, mai 1934, p. 433.
- GUTTMANN et JAHIEL. — Les signes radiologiques duodénaux des maladies du pancréas. *Journal de Radiol. et d'Electrol.*, juillet 1932.
- JAMIN. — Contribution à l'étude des kystes et pseudo-kystes du pancréas. *Th. Lyon* 1923.
- JUDD et OLSON. — Kyste du pancréas donnant lieu à un ictère par obstruction. *Imp. Clin. North America*, Oct. 1935, t. xv, p. 1105.
- KERSCHNER. — De l'anastomose transduodénale des kystes du pancréas. *Zeit. fur. Chir.*, t. LXII, mai 1935, p. 1089.
- KORTE. — Traitement des kystes et pseudo-kystes du pancréas. *Deutsche med. Woch.*, n° 12, 23 mars 1911, p. 536.
- LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale, t. III, Masson, édit., Paris 1926.
- MOCQUOT et CONSTANTINI. — Contusions du pancréas et faux kystes traumatiques. *Revue de Chir.* 1923, t. LXI, n° 1, p. 21 ; n° 4, p. 279; n° 10, p. 733.
- NEUFFER. — Traitement opératoire des K. du pancréas. *Archiv. von Klin. Chir.*, t. CXXXIII, 29 nov. 1926, p. 285.
- NŒVER. — Pseudo-kyste hémorragique du pancréas. Opération. Guérison. *Journal de Chirurgie (belge) et Annales de la Soc. Belge de Chirurgie*, nov. 1908, t. VIII, n° 8, p. 312.
- NYCAARD et WALTERS. — Affection polykystique du pancréas (Kystes génériques). Relations d'un cas avec pancréatectomie partielle. *Annals of Surgery*, juil. 1937, t. CVI, n° 1, p. 49.
- OKINCZYC et ROUSSEAU (A.). — Tactique opératoire du pancréas et de la rate. 1 vol, chez Doin, édit., Paris 1933.
- PARINE. — Sur les K. du pancréas à disparition temporaire. *Chirurguitchesky Archiv. Veliaminova*, t. XXVIII, n° 3, 1912, p. 593.
- PHILARDEAU. — Les kystes et les faux kystes du pancréas (à l'exception des K. hydatiques). *Gaz. des Hôp.*, t. LXXXV, 1922, p. 309.
- PIERRO. — Les K. du pancréas (étude clinique et anatomo-path.) *Ann. ital. de Chir.* Juin 1935, t. XIV, p. 607.
- PIVOVAROFF. — Un cas de K. du pancréas avec nécrose de l'organe. *Roussky Vrach*, t. XI, n° 14, 7 avril 1912, p. 474.
- POLAK. — Contr. à l'étude de la méthode opératoire de JEDLICKA dans les K. du pancréas. *Zeit. fur Chir.*, 13 juillet 1935, p. 1641.
- SAVARIAUD. — Pseudo K. pancréatique consécutif à un épanchement aseptique de bile et de suc pancréatique dans l'arrière cavité des épiploons. Marsupialisation du Kyste, petite fistule pancréatique guérie par le régime antidiabétique. *Bull. et*

- Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, t. xxxv, n° 22, 22 juin 1090, p. 753.
- SCHWARZ. — Les symptômes radiologiques des K. du pancréas. *Wiener Klin. Woch.*, an xlii, n° 16, avril 1929.
- VARANGOT. — Kystes du pancréas. *Encyclopédie Méd. Chir. Pancréas*, art. 2506.
- VECCHIE. — Drainage interne d'un gros K. du pancréas par pancréatico-gastrotomie. *Wiener. Klin. Woch.*, janvier 1935, p. 145.
- WALKER. — Kyste du pancréas. Rupture. Opération. Guérison. *The British Med. Journal*, n° 2642, 19 août 1911, p. 360.
- WOLFF. — Kystes et pseudo-K. du pancréas. *Beitrag. zur. Klin. Chir.* t. lxxiv, juillet 1911, p. 487.
- ZERBIB. — Contribution à l'étude des K. pancréatiques. *Th. Paris* 1932.

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de
tour, j'ai lu la thèse ayant pour
titre:

« Kystes et pseudo-kystes du
pancréas (à propos de deux ob-
servations) »

par M. Ch. CARRE.

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Montpellier, le 14 février 1939,

Le Professeur,
V. RICHE.

Vu :

Montpellier, le 14 février 1939,

Le Doyen,
EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 16 février 1939,

Le Recteur,
PARISELLE.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, Rue Jardin-Martel, 3

1939

